

Sabine Baumgart

PLANUNG FÜR GESUNDHEITSFÖRDERNDE STADTREGIONEN

Ergebnisse, Empfehlungen und Forderungen des ARL-Arbeitskreises

Lebenswerte und somit auch gesunde Städte sind zentraler Bestandteil einer nachhaltigen Raumentwicklung. Dennoch sind Gesundheitsförderung und Raumplanung zwei Begriffe, die nicht immer zusammengedacht werden. Dabei mangelt es nicht an Bezügen: Bereits in der Antike und insbesondere im Industriezeitalter wurde z. B. versucht, durch Stadtplanung die öffentliche Hygiene zu verbessern. Durch Bauvorschriften zur Belichtung und Belüftung von Gebäuden, durch Abwasserentsorgung und die Planung von Grüngürteln sollten Krankheiten und Epidemien bekämpft werden.

Auch in jüngster Zeit rückt der Zusammenhang von räumlichen Entwicklungen und Gesundheit wieder stärker ins öffentliche Bewusstsein. Das Forschungsfeld „Urbane Gesundheit“ knüpft somit an viele aktuelle Diskussionen zu gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen an. Hierzu gehören der demografische und klimatische Wandel ebenso wie Migrationsprozesse, eine zunehmende soziale Spaltung der Gesellschaft und sozialräumlich unterschiedlich ausgeprägte Entwicklungsprozesse, insbesondere in den Stadtregionen. Diese Rahmentrends führen in ihren wechselseitigen Zusammenhängen dazu, dass das Thema Gesundheitsförderung inzwischen auch als Thema der Stadtentwicklung verstanden wird. Denn mit einer steigenden Lebenserwartung wird eine selbstbestimmte Lebensführung in der eigenen Wohnung ebenso wichtig wie Mobilität im Wohnumfeld und im Quartier. Der demografische Wandel erfordert auch, zugewanderten Menschen die Teilhabe in den Städten und am Gesundheitswesen zu ermöglichen. Weiterhin geht es darum, räumliche Faktoren wie Umweltbelastungen und -ressourcen, die Infrastruktur, soziale Netzwerke und die demografische Zusammensetzung von Nachbarschaften als relevante Determinanten zu identifizieren und ihren Einfluss auf die Gesundheit als Kontextfaktoren zu untersuchen.

Der Arbeitskreis

Der ARL-Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ setzte sich aus den Fachdisziplinen Medizin, Biologie, Public Health, Stadt- und Landschaftsplanung/-architektur, Architektur, Pädagogik und Erziehungswissenschaften sowie Geographie, Umweltwissenschaft,

Ökologie und Sportwissenschaft zusammen. Die 14 beruflichen Mitglieder sind in den Bereichen der Hochschule mit Forschung und Lehre und in der raum- und gesundheitsbezogenen Praxis in konzeptionell-planerischen und umsetzungsorientierten Arbeitsfeldern tätig. Sie brachten ihre jeweiligen Erfahrungen in die Diskussion ein, eigene Forschung war in diesem Rahmen nicht vorgesehen. Die Zielsetzung des Arbeitskreises lag demzufolge explizit in

- > dem inter-/transdisziplinären Austausch zwischen Public Health und räumlicher Planung aus raum- und gesundheitswissenschaftlichen und aus Perspektiven der räumlichen Politik/Planungs-/Gesundheitspraxis,
- > der Identifikation von Hemmnissen einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung,
- > dem Wissensgewinn zur Weiterentwicklung der Instrumente aus räumlicher Planung/Public Health im Dialog von Wissenschaft/Praxis,
- > der Stärkung von integriertem/auf Umsetzung orientiertem Verwaltungshandeln und der Bildung von Allianzen.

Im Zeitraum von 2013 bis 2016 fanden acht Arbeitskreissitzungen und ein zweitägiger Workshop zur Rückkopplung und Anreicherung von Arbeitsergebnissen mit 50 eingeladenen Expertinnen und Experten in Dortmund statt.

Der Fokus des Arbeitskreises lag auf dem städtebaulichen Bestand, nahm aber auch Stadterweiterungen in den Blick und untersuchte beides im Kontext der Sicherung der Daseinsvorsorge. Gerahmt wurde die Arbeit von den aktuellen Debatten um die städtebaulich-planerische Herausforderung einer Nachverdichtung im Kontext von Innenentwicklung als gesetzlichem Auftrag (§ 1 (5) Baugesetzbuch).

In einem ersten Schritt galt es, Probleme zu identifizieren und Zusammenhänge bzw. Spannungsfelder zu erkennen. Dazu wurde der Stand der Forschung in zahlreichen Themen zum einen im Hinblick auf die Wirkung städtischer Situationen (Settings) auf die menschliche Gesundheit (v.a. gesundheitsbelastende Faktoren wie Hit-

zestress, Luft- und Lärmbelastung, Elektromagnetische Felder, Mehrfachbelastungen) betrachtet. Zum anderen wurden gesundheitsfördernde Bedingungen (v.a. Grünflächen, Bewegungsmöglichkeiten) aufgearbeitet. Im Weiteren wurden diese Themen hinsichtlich ihrer Synergien und Zielkonflikte analysiert. Hierzu zählten beispielsweise räumliche Leitbilder, Strategien zur Gesundheitsförderung wie v.a. Umweltgerechtigkeit, Innenentwicklung, Anpassung an den Klimawandel und die jeweiligen Instrumente aus Stadtplanung und Public Health. Schließlich wurden Gestaltungsmöglichkeiten von Entwicklungs-/Steuerungsaufgaben der unterschiedlichen Institutionen erörtert und deren Konzepte und Strategien identifiziert und bewertet. Hierbei stand insbesondere die Zielsetzung einer Weiterentwicklung der Steuerungsinstrumente (beispielsweise zur Verfahrensgerechtigkeit oder in Form von Leitbildern) im Zentrum. Themenschwerpunkte des Arbeitskreises waren:

- > Das Leitbild gesundheitliche Chancengleichheit im urbanen Raum
- > Mehrfachbelastungen
- > Subjektiv wahrgenommene Gesundheit
- > Raumbezogene Instrumente einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung mit einem Fokus auf Bestands- und Innenentwicklung
- > Integriertes Verwaltungshandeln
- > Förderung von Partizipation und Empowerment

Eine Herausforderung war, die unterschiedlichen Disziplinen mit ihren jeweiligen Perspektiven zusammenzubringen. Dies bezog sich vor allem auf das Verständnis von Gesundheit, Vorsorge und Daseinsvorsorge, Gebietskulissen und Settings, Partizipation und Empowerment, aber auch auf die wesentliche Differenzierung in eine Orientierung auf das Verhalten des Individuums oder die es umgebenden Verhältnisse und damit auf die Bevölkerung bzw. Bevölkerungsgruppen.

Ausgangspunkt war das von Antonovsky entwickelte Kontinuum von Gesundheit bzw. Wohlbefinden und Krankheit: „Wir sind alle terminale Fälle. Aber solange wir einen Atemzug Leben in uns haben, sind wir alle bis zu einem gewissen Grad gesund“ (Antonovsky, 1989, S. 53). Damit folgte der Arbeitskreis der Definition von Gesundheit der Ottawa Charta der WHO: „Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (Ottawa-Charta der WHO 1986).

Ergebnisse und Empfehlungen

Der Arbeitskreis kam zu folgenden Ergebnissen, Empfehlungen und Forderungen, die ich hier zusammenfasse. Für eine ausführlichere Darstellung der Forschungsergebnisse sei auf den demnächst erscheinenden Band in der Reihe

Forschungsberichte der ARL „Planung für gesundheitsfördernde Städte“ und auf das Positionspapier Nr. 97 aus der ARL „Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt – Ein Plädoyer für eine stärkere Integration“ verwiesen.

Eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung ist Aufgabe von Politik und Verwaltungsspitze.

Das umfasst, dass strategische Prioritäten top-down gesetzt und Fachämter nicht aus ihrer Verantwortung entlassen werden. Bei der Umsetzung einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung sollten die Chancen der Verknüpfung von informellen und formellen Instrumenten genutzt werden. Ebenso gilt es, bei der Entwicklung von Leitbildern Argumentationslinien aufzubauen und somit Nachhaltigkeit und Gesundheitsförderung als ein zusammenhängendes Leitbild zu verstehen, das insbesondere im Umgang mit dem städtebaulichen Bestand zum Tragen kommt. Dabei kann der Setting-Ansatz (Public Health) diese Anliegen befördern.

Gesundheitsförderung erfolgt in den Quartieren, Städten und Regionen.

Das heißt, dass alle Ebenen miteinander verknüpft sind. Quartiere und Stadtteile bieten als alltäglicher Lebens- und Erfahrungsraum der Menschen den politischen und städtebaulichen Handlungsrahmen. Mit dem 2015 beschlossenen Präventionsgesetz und dem Leitfaden Prävention sind Anknüpfungspunkte für Stadtentwicklung und -planung bei der Bedarfsermittlung und Zielentwicklung, der Beratung zu verhältnispräventiven Umgestaltungen, der Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie der Planung und Umsetzung von verhaltenspräventiven Maßnahmen auch aus Finanzmitteln der Krankenkassen, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verwaltet werden, gegeben. Auf gesamtstädtischer Ebene bieten Transformationsprozesse in Stadträumen als Handlungsräume und Experimentierfelder Ansatzpunkte zur Gesundheitsförderung. Auf regionaler Ebene sind interkommunale Netzwerke geeignet, Gesundheitsförderung, beispielsweise mit einer regional abgestimmten Raumbewertung zu gesundheitsrelevanten Faktoren, zu initiieren und zu gestalten.

Für (gesundheitsfördernde) Taten sind Daten erforderlich.

Um den Zusammenhang zwischen sozialer Lage, Umwelt und Gesundheit zu erkennen, bedarf es der Definition von Indikatoren, indem soziale und umweltbezogene Daten überlagert werden. In Berlin wurde dies mit dem Atlas der Umweltgerechtigkeit bereits vorgenommen. Daten zu Lärm, Luft, Bioklima, Freiflächenversorgung sowie zum Sozialstatus und zu Wohnungsstandards führten zu Erkenntnissen über mehrfach belastete Lebensräume der Menschen. Ein Fachplan Gesundheit kann – wie andere raumbezogene Fachplanungen – als informelles sektorales Instrument des Gesundheitsamts proaktive raumbezogene Problemfelder, Ziele und Maßnahmen in die räumliche Planung einbringen und somit zur Identifikation von Stadttei-

len mit besonderem Handlungsbedarf beitragen. Auf der lokalen Ebene ist zu diskutieren, inwiefern kommunalpolitisch zu beschließende, strengere Umweltstandards ebenfalls diese Ziele unterstützen sollen.

Kooperationen von räumlicher Planung und Public Health sind erforderlich.

Um strengere Umweltstandards zu etablieren, die einen Mehrwert für die Gesundheitsförderung bieten, müssen die Bereiche räumliche Planung und Public Health kooperieren. Dies umfasst konkret, die gesundheits- bzw. umweltbezogene Berichterstattung miteinander zu verknüpfen und durch Verräumlichung und Visualisierung eine Anschlussfähigkeit an die räumliche Planung zu erreichen. Bündnispartner zu finden, dürfte angesichts drängender Themen kein Problem sein. Folgende Themen bieten sich hierfür an: Klimaanpassung, energetische Stadterneuerung, soziale Integration, barrierefreies Wohnumfeld, bewegungsfördernde (Nah-)Mobilität, Nahversorgung, Qualifizierung öffentlicher Frei-/Grünräume im Rahmen der doppelten Innenentwicklung. Auch aktuelle Instrumente, wie der Stadumbau (gemäß § 171 Baugesetzbuch) mit den gesetzlich geforderten städtebaulichen Entwicklungskonzepten, sind dafür geeignet.

Ressortübergreifendes Verwaltungshandeln von räumlicher Planung und Public Health / Gesundheitswesen muss operationalisiert werden.

Dies bedeutet, nicht auf der Ebene der Leitlinien und Ziele zu verharren, sondern konkrete Maßnahmen einzuleiten. Das kann über die Etablierung von Verfahren – z.B. Leitfaden „Gesunde Stadt“ (LZG/NRW, 2016) oder die Leitlinie „Menschliche Gesundheit“ (UVP-Gesellschaft, AG Menschliche Gesundheit, 2014) – erfolgen. Hierfür ist es notwendig, diese Themen als Pflichtaufgaben der Verwaltung zu bestimmen, insbesondere wenn Standards für spezifische messbare, anwendungsorientierte Kriterien für die Zielerreichung eingeführt und geprüft werden sollen. Dabei stellt sich grundsätzlich die Frage, ob Gesundheitsförderung primär oder sekundär erfolgen sollte. Bei einer primär integrierten Gesundheitsförderung werden bereits abgestimmte, unmittelbare Formulierungen in die Planung aufgenommen, bei einer sekundär integrierten Gesundheitsförderung werden bestehende Problemlagen, Zielsetzungen und Maßnahmen explizit formuliert und später in der Planung berücksichtigt. In jedem Fall sind auch hier Anforderungen an Planungen unter Unsicherheit zu bedenken. Hierzu gehören: Zukunftsorientierung, Anpassungsfähigkeit, Flexibilität und planerische Steuerung, wo es erforderlich ist, aber auch das Offenhalten von Optionen, wo es sinnvoll und möglich ist. Die Stadt Bremen hat beispielsweise bei der Neuaufstellung ihres Flächennutzungsplans 2016 die neue Kategorie „Bauflächen mit zu sichernden Grünfunktionen“ eingeführt und damit die Notwendigkeit eines ressortübergreifenden Abstimmungsprozesses über eine bauliche Nachverdichtung bewusst initiiert.

Die Aufnahme von Gesundheitsförderung in die Städtebauförderung bietet Potenziale für die Qualifizierung des städtebaulichen Bestands.

Hier hat die ARL mit einem Positionspapier des Arbeitskreises (Nr. 97, 2014) übergreifende Empfehlungen zum Programm Soziale Stadt formuliert, um Schnittstellen mit dem Leitbild Umweltgerechtigkeit zu identifizieren, zu nutzen und mit weiteren Aufgaben wie Klimaschutz und Klimaanpassung zu verschränken. Das Positionspapier richtet sich an den Bund und die Länder. Es empfiehlt, die Themen Gesundheit und Umwelt in den Programmgrundlagen der Sozialen Stadt zu verankern und komplementäre Partnerprogramme aufzulegen. Darüber hinaus wird die Etablierung einer Plattform für (inter-)kommunalen Erfahrungsaustausch als sinnvoll erachtet, um Umwelt und Gesundheit über Ressortgrenzen hinaus in der Programmumsetzung zu integrieren und in Verwaltungsroutinen zu überführen. Kommunen wird empfohlen, entsprechende Indikatoren von Gesundheits- und Umweltämtern bei der Abgrenzung der Fördergebiete zu berücksichtigen und umwelt- und gesundheitsbezogene Fachplanungen (s. o.) in integrierte städtebauliche Entwicklungskonzepte aufzunehmen sowie mit dem Aufbau eines Monitoring-Systems zu beginnen.

Kompetenzentwicklung führt zu Dialogfähigkeit zwischen räumlicher Planung und Public Health.

Damit ist ein wechselseitiges Verständnis des institutionellen Rahmens und der jeweiligen Handlungslogik verbunden. Denn bei der Anwendung von Methoden und Verfahren aus räumlicher Planung und Public Health ist Schnittstellenkompetenz gefragt. Dazu können Aus- und Fortbildungsangebote an Hochschulen, aber auch Bachelor- und Masterstudiengänge (Stadtplanung, Gesundheitsförderung/Public Health, Umweltschutz) beitragen. Mit diesen Kompetenzen kann die Dialogfähigkeit der Disziplinen nach außen entwickelt werden, z.B. durch eine frühzeitige Beteiligung von Zielgruppen im Planungsprozess und eine ressourcenorientierte Stärkung der Mitwirkungsmöglichkeiten (Empowerment).

Gesundheitsförderung ist auch eine Machtfrage.

Dies zeigt sich in den Aushandlungsprozessen zwischen der öffentlichen Hand und privaten Akteuren. Im Hinblick auf die Diskussion über bauliche Dichten und die Preisentwicklung von Bauland im Kontext der Innenentwicklung von Städten stellen sich z.B. auch gesundheitsrelevante Fragen. Weiterhin geht es darum, Pläne zur Luftreinhaltung und Lärminderung umzusetzen und diese als fachplanerische Konzepte mit Bindungswirkung für staatliche Behörden zu begreifen. Für diese Aufgaben, ebenso wie für die Beteiligung der Öffentlichkeit z. B. im Rahmen informeller städtebaulicher Entwicklungskonzepte, ist die Bereitstellung weiterer Ressourcen in Form von Kapital und Personal eine wichtige Voraussetzung.

Expertise-Netzwerke aus Stadtplanung und Gesundheit sollten verstetigt werden.

Es ist Zeit für die Etablierung eines Kompetenznetzwerks „Urban Health“. Anlass hierzu gibt u. a. das Präventionsge-

setz, das eine Grundlage für die Einbeziehung von Krankenkassen, beispielsweise bei Maßnahmen der Stadterneuerung im Quartier, bilden kann. Dazu bedarf es aber des Verständnisses epidemiologischer Daten, Methoden und Ergebnisse für Stadtplanung. Diese sollten in die integrierte Berichterstattung, Strategieentwicklung und prospektive Abschätzung der Gesundheitseffekte von Maßnahmen sowie in deren Evaluation einfließen, um Begründungszusammenhänge zu erfassen und dadurch den Setting-Ansatz mit räumlichen Gebietskulissen umsetzungsorientiert zu verknüpfen.

Gesundheitsförderung ist eine transdisziplinäre Querschnittsaufgabe für eine auf Nachhaltigkeit ausgerichtete städtebauliche Entwicklung.

„Health in all Policies“ ist die Forderung der WHO, um Gesundheit auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Agenda zu setzen. Damit sind gesundheitliche Konsequenzen von Entscheidungen, Verantwortung für städtische Gesundheit resp. Gesundheitsförderung in der Politik zu verdeutlichen. Grundlage dafür sind eine disziplinübergreifende Forschung (wie beispielsweise Präventionsforschung des BMBF, Gesundes Altern der Leibniz-Gemeinschaft) sowie partizipative Forschungsansätze (Reallabore). Anlass zur Diskussion bietet die aktuelle Gesetzgebung: Das Baugesetzbuch und die Baunutzungsverordnung wurden 2017 zur Innenentwicklung novelliert und die neue Kategorie „Urbane Gebiete“ (MU) eingeführt. Darüber hinaus ist es zeitlich befristet möglich, Außenbereichsflächen in beschleunigten Verfahren in die Bebauung einzubeziehen (BauGB 13b).

Wie geht es weiter?

Der Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ hat einige fachliche Innovationen angestoßen. Die Schwerpunkte der Arbeit lagen in einer transdisziplinären Betrachtung raumbezogener Gesundheitsaspekte. Dazu gehörte auch die Verknüpfung von raum- und gesundheitsbezogenen Leitbildern und Instrumenten. Der Arbeitskreis hat dadurch das Themen- und Personen-Spektrum der ARL erweitert. Darüber hinaus hat er durch Veröffentlichungen, die Mitwirkung an öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten wie „Leibniz im Bundestag“, Tagungsbeiträge und zuletzt durch die inhaltliche Vorbereitung der ARL-Jahrestagung „Gesundheit in der räumlichen Planung verankern“ am 11. und 12. Mai 2017 in Potsdam entscheidend dazu beigetragen, die Aufmerksamkeit für das Thema in Politik und (Fach-)Öffentlichkeit zu erhöhen. Durch den wechselseitigen Wissenstransfer im Arbeitskreis wurden individuelle Lernprozesse angestoßen und Kooperationen in Lehre und Forschung über die bestehenden Aktivitäten des Arbeitskreises hinaus aufgebaut.

Nach dem Abschluss der Tätigkeit des Arbeitskreises sollte sich die ARL auch weiterhin dem Themenfeld der gesundheitsfördernden Planung widmen, z. B. durch die Mitwirkung bei der Etablierung eines Kompetenznetzwerks „Urban Health“ und durch einen institutionellen Austausch mit anderen Akademien (wie z. B. der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen) oder auch dem Deutschen Städ-

tetag bzw. dem Deutschen Städte- und Gemeindebund. Ein mittelfristiges Ziel könnte es beispielsweise sein, gemeinsame Stellungnahmen zu Gesetzesvorlagen zu verfassen. Ebenso sind Beiträge zu Konferenzen und Sessions (z. B. Projekt „Brückenbau“/Uni Bielefeld) gefragt oder auch eine Unterstützung bei der Erstellung von Arbeitshilfen für die Planungspraxis und Lehrmodulen in akademischen Curricula. Partizipative Forschung im Wissenschaftssystem ist eine aktuelle Herausforderung, mit der die ARL ihrer transdisziplinären Kernaufgabe nachkommt.

MITGLIEDER DES ARL-ARBEITSKREISES WAREN:

Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart, Technische Universität Dortmund
Christa Böhme, Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH
Dr. Thomas Claßen, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
Ulrich Dilger, Landeshauptstadt Stuttgart
Prof. Dr. Rainer Fehr, Universität Bielefeld
Christiane E. Kawe, Stadt Leipzig
Prof. Dr. Thomas Kistemann, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Prof. Dr. Heike Klöckler, Hochschule für Gesundheit, Bochum
Prof. Dr. Willfried Kühling, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Prof. Dr. Eike Quilling, Hochschule RheinMain, Wiesbaden
Horst Rauland, Allgemeine Ortskrankenkasse Niedersachsen
Dr. Andrea Rüdiger, Technische Universität Dortmund
Gabriele Spies, Landeshauptstadt München
Dr. Minh-Chau Tran, Universität Duisburg-Essen
Dr. Dieter Weber, Stadt Duisburg



PROF. DR.-ING. SABINE BAUMGART

lehrt Stadt- und Regionalplanung an der Technischen Universität Dortmund und leitete den ARL-Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“. Seit Anfang 2017 ist sie Vizepräsidentin der ARL.

Tel. +49 231 7552258
sabine.baumgart@tu-dortmund.de

Literatur

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Band 06: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese, Köln 2001 (http://www.bzga.de/botmed_60606000.html, Zugriff am 17.08.2017)
Baumgart, S.; Köckler, H.; Ritzinger, A.; Rüdiger, A. (Hrsg.): Gesundheitsförderung – ein aktuelles Thema für Raumplanung und Gesundheitswesen. Forschungsbericht der ARL (im Erscheinen)
Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.) (2014): Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt – Ein Plädoyer für eine stärkere Integration. Hannover. = Positionspapier aus der ARL 97.